晚期癌症患者镇痛药物服药依从性研究新进展

房树恒 肖红梅 朱恒美

（海军军医大学第三附属医院麻醉科，特需诊疗科，200438，上海）

[摘要] 晚期癌症患者常饱受不同程度疼痛困扰，这是病程发展中极为常见的症状。然而，实现早期、规范、全程且有效的镇痛，对当前临床工作仍是挑战。研究显示，近 70%的癌痛患者未得到科学镇痛治疗，即便已接受治疗的患者中，43%也未获充分有效治疗或控制，63%的患者还会出现爆发性疼痛。晚期癌症患者规范用药的合理性与依从性直接关乎镇痛成效。本文梳理了癌痛患者阿片类药物服药依从性现状、影响因素及干预策略，旨在提升癌症患者服用镇痛药物的依从性，缓解疼痛，提高舒适度，进而提升生命质量。

[关键词] 癌症患者；止痛药物；疼痛；服药依从性

1.癌痛药物使用现状

2020 年国家癌症中心发布的中国恶性肿瘤流行情况分析报告显示，我国每年新发恶性肿瘤病例达 392.9 万。40 岁后，恶性肿瘤发病率迅速上升，80 岁时达到峰值，60 岁以上人群是高发群体[1]。随着医学科技进步，靶免化药物与技术不断革新，延长了患者生存期，但癌痛问题也给临床带来挑战。持续的癌痛会导致患者食欲减退、睡眠质量下降、失眠、免疫力降低，还会引发焦躁、忧虑等不良情绪，严重者会因无法承受疼痛而自杀。此外，癌症的放疗、化疗、手术等治疗手段也会引发疼痛[2-3]。临床上，缓解与控制癌性疼痛首选方式为使用镇痛药物，主要按照 WHO 提出的三阶梯止痛法[4]。该疗法依据

疼痛

第一作者：房树恒，主管护师，主要从事肿瘤围术期护理管理.

通讯作者：朱恒美，邮箱：zhuhengm@sina.com.

基金项目：上海市医苑新星人才项目（2022YY69），海军军医大学第三附属医院腾飞工程人才项目（TF2024YSYH003）

程度、性质和部位规范用药，但存在用药周期长、药物耐受、疼痛超敏反应等问题。口服止痛药是目前癌痛治疗的首选，但诸多因素导致癌痛患者服药依从性降低，影响治疗效果和生存质量[5-6]。国内外研究表明，癌痛患者服药依从性普遍不理想，住院患者的依从性优于居家患者。国外研究发现，17.3%的晚期癌症患者对阿片类药物副作用存在顾虑，42.3%对药物态度有问题，致使服药依从性下降[2]。耿雅琼[7]采用中文版药物依从性量表（MMAS - 8）对肿瘤科住院肺癌患者调查发现，33.3%的患者服药依从性差。王娟等[8]应用服药依从性自我报告问卷评估 143 例居家中重度癌症患者，其用药依从性为 55.2%。由此可见，无论住院还是居家，止痛治疗依从性低已成为癌痛管理的关键阻碍，提高患者服药依从性是医护人员亟待解决的问题。

2.癌痛病人服药依从性的影响因素

2.1 健康教育因素 疼痛作为人体的第五大生命体征直接影响患者身心健康，癌症患者的疼痛更是医护患共同面对的临床难题。研究指出，疼痛教育重心应从专业人员转向患者及家属。医护人员需加强与患者沟通交流，运用疼痛护理路径，帮助患者加深对癌痛的认识，提高其服用止痛药和接受疼痛护理的依从性，促进护患合作[9]。具体措施包括讲解疾病知识，增强患者对疾病的了解，争取患者积极配合；了解患者及其家庭文化背景，增强患者对医务人员的信任；讲解疼痛原因、

注意事项及保护疼痛部位的方法；告知患者服用阿片类止痛药可能出现的副反应及应对措施；鼓励癌痛患者交流疼痛感受，分享止痛经验；优化周围环境，提升患者舒适度，提供个性化疼痛护理知识。

2.2 家庭结构因素 家属在疼痛控制中作用关键。（）家属对患者的心理状态、性格行为、生活习惯最为了解，其关心和照顾无可替代[10]。有研究显示[11]高功能家庭患者的服药依从性达 98.33%。良好的家庭支持系统能督促患者规律服药，发挥督导管理作用，增强患者自我管理能力，从而提高服药依从性。

2.3 文化程度因素 癌症患者知识匮乏是影响服药依从性的重要原因。研究表明，癌症患者对癌痛药物存在普遍误解[12]。目前，阿片类制剂是缓解癌症疼痛的常用药物，但很多患者受“成瘾性”传统观念束缚。不同文化程度的癌痛患者服药依从性差异显著，部分患者因认知偏差，忽视遵医嘱服药对控制和缓解疼痛的重要性，难以摆脱“长期服用会成瘾、不痛就不用服”等错误观念，常出现自行停药、随意加量等情况，导致服药依从性差[10-12]。

2.4 行为认知因素 认知水平是影响癌痛患者服药依从性的重要因素，患者的行为方式决定其服药依从行为。有学者[6]指出，大部分服药依从性差的患者用药行为较为随意，会在用药过程中根据症状控制、药物不良反应等进行利弊权衡，进而决定是否按时按量遵医嘱用药。患者信念，即患者对自身状况的感受、对疾病严重程度的理解以及对疾病预后和结局的预测，也是影响服药意愿的重要因素[13]。欧娜[14]等在对 12 例癌痛患者的质性访谈中发现，部分患者对镇痛药物治疗持

消极态度，认为药物与抗癌无关、对止痛无效，这种错误的服药信念致使患者服药依从性不佳。目前，针对癌痛患者有意和无意服药依从性行为的研究较少，未来需深入探究相关因素，以及它们与患者实际镇痛行为和疼痛治疗结果的关联。

3.提高癌痛病人服药依从性的干预策略

3.1 多元化健康教育模式 有效的健康教育模式直接关系到患者的认知水平。晚期癌症患者需长期服用镇痛药物控制疼痛，但随着用药时间增加，身体对药物的耐药性增强。若不加强宣教，患者易出现用药片面、担心成瘾等问题，导致漏服或少服镇痛药，使癌痛无法得到有效控制和缓解[15]。张如霞[16]等提出的赋能教育模式，以患者为中心，通过明确问题、表达情感、设定目标、制订计划与实施、效果评估、巩固总结 6 个步骤，以问答形式让患者参与决策，答疑解惑，充分调动患者主观能动性。格林模式的健康教育从多角度、多层次、多方面进行干预，通过提供信息、情感等同伴支持，帮助癌痛患者树立正确服药观，养成良好行为，提高服药依从性。黄利宁[17]等采用回馈教学法，让患者复述信息，及时纠正和巩固，确保信息有效传达，同时让家属参与治疗管理，监督提醒患者服药，增强患者治疗信心。杜碧丽[18]等以行为转变理论为指导，针对癌痛患者行为转变的 5 个阶段的心理行为特点，制定个性化健康教育方案，提高患者自我管理能力和治疗参与度。医护人员应将疼痛教育重心转向患者及家属，加强沟通交流，运用疼痛护理路径，提高患者对癌痛的认识和服药依从性。

3.2 规范药品管理 我国对阿片类药物按麻醉类药物严格管理，与部分

国家药物滥用情况不同，目前仍存在谨慎处方和使用量不足的现象[19]。患者住院期间，阿片类药物由病房护士统一管理，存放于麻醉柜；出院患者携带的阿片类药物应交由家属妥善保管，严禁大量药物交予患者本人，并做好家属宣教指导。对于麻醉镇痛药物使用与取药管理流程尚未规范，有待完善[14]。可借助信息化管理手段，优化麻醉药品管理和取药流程；借鉴使用癌症病人麻醉药品使用专用卡和用药后退回空安瓿等方法，既保证患者合理用药，又确保管理安全，防止药物滥用；积极组建癌痛门诊，加强对出院患者癌痛控制质量的管理。

3.实施延续性护理 随着优质护理服务的推进，延续护理概念日益受到医务人员关注。有研究显示，服药依从性下降多因对疾病发病机制了解不足、对疼痛正确评估认识欠缺、担心阿片类止痛药毒性反应等[20-21]。护理人员在患者出院时，应告知癌痛相关知识，消除患者顾虑。同时，通过电话随访、电话咨询、网络平台健康教育、家庭访视、成立专科门诊、上门服务、开展健康教育专题讲座等多样化方式，提供全方位服务，根据患者需求定制移动健康干预措施，监督出院后镇痛药物使用和止痛效果，告知癌痛治疗及阿片类止痛药不良反应与防治知识，让患者做好应对长期用药产生的耐药性和依赖性的心理准备，了解患者出院后服药情况，包括是否按时按量服药、疼痛改善后是否自行减量或停药、有无漏服或多服现象，以及用药期间是否出现恶心、呕吐、便秘等不良反应和睡眠、饮食状况，及时对存在不良情绪的患者进行情绪疏导，增强其治疗信心，提高治疗依从性。

4.建立一体化护理服务体系 癌症是慢性疾病，治疗和照护周期长，

家庭成为主要治疗场所，患者主要照顾者在提高服药依从性中起关键作用。医院-社区-家庭一体化模式已成为肿瘤患者新型护理服务模式。有研究报道[22]，采用“医院-社区-家庭”三元联动模式，成立癌痛专科小组，对癌痛患者进行全面评估，住院期间做好规范全程用药指导，出院后重视家庭照护，监督患者服药行为，通过多种形式指导，提高患者及照顾者相关知识掌握程度，进而提升患者服药依从性。

综上所述，晚期癌症患者治疗呈多方位、多形式特点，而癌痛有效的控制机制与提高患者依从性则是影响患者癌痛的重要影响因素之一，其他影响因素涉及患者及家属认知、家庭结构、文化水平、健康教育等方面。因此，需加强疼痛及止痛药物知识宣教，落实延续护理，及时观察口服止痛药治疗效果和不良反应；根据患者情况合理用药，提高癌痛患者口服止痛药依从性，有效控制疼痛，提升癌症患者生活质量[10,18,20]。医院、社区、家庭应多链条联动，为晚期癌症患者服药提供个性化干预，加强依从性管理，减轻患者痛苦，提高治疗效果和生存质量。

参考文献

[1]郑荣寿，孙可欣，张思维，曾红梅. 2015 年中国肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 1(41):19-28.

[2]Ventzel, L., Madsen, C. S., Karlsson, P., Tankisi, H, Isak, B., Fuglsang Frederiksen, A., Finnerup, N. B. (2017). Chronic pain and neuropathy following adjuvant chemotherapy. Pain Medicine, 2019， 19(9)， 1812–1824.

[3] MARTLAND M ERASHIDI A SBENNETT M Iet al. The MAGEE use of quantitative sensory testing in cancer pain assessment: where are A systematic review [J]. Eur J Pain,2020,24(4):669-684.
[4]陈淑贤, 伍燕平, 赖冠秀. 三阶梯止痛疗法及个体化护理干预对癌痛患者生活质量的影响分析[J]. 临床医学工程, 2018, 25(12): 169-1700.
[5]王秀敏 , 吕文 , 李园 . 对癌痛患者进行延续性护理对其服药依从性的影响[J].当代医药论丛 ,2019,17(18):279-280.
[6]武思尹，马柯. 癌痛治疗中阿片镇痛耐受的研究进展[J].中国疼痛医学杂志 Chinese Journal of Pain Medicine, 2022, 28(5): 375-378.
[7]耿雅琼.基于格林模式的健康教育对肺癌疼痛患者口服止痛药依从性的应用研究[D].赣南医学院，2022.
[8]王娟，李利铭.疼痛教育联合三阶梯止痛治疗对晚期癌痛患者服药依从性及生活质量的影响[J].医学临床研究，2022，39(6)：929-931.
[9] 陈丽琼，何宝英，黄秋玲. 中晚期癌症患者癌性爆发痛影响因素分析及疼痛规范化管理对策[J]. 齐鲁护理杂志 ,2021,27(11):141-143.
[10]马秀娟，陈颖，徐燕茹 . 20 例晚期癌痛病人应用芬太尼贴剂的护理[J].中国实用神经疾病杂志，2009，12（6)：86.
[11]朱宁,吴绍勇.癌痛患者家庭功能对口服止痛药依从性影响的调查研究[J].护理实践与研究,2013,10(14):139-141.

[12]朱可雯，冯毕龙，喻思红.癌症爆发痛管理研究进展[J].护理学报，2015,22(12):30-33.
[13]张国政.重度癌痛采用大剂量奥施康定治疗的临床体会[J].河南医学研究，2014,23(10):56-57.
[14]欧娜，胡小萍，綦三阳，等.癌痛病人服药不依从原因的质性研究[J].全科护理， 2022，20（31）：4447-4450.
[15] 宋健，陈道菊，黄玉玲，等. 服药依从性与癌痛病人疼痛控制效果的相关性研究[J].中国疼痛医学杂志，2017，23(8)：630-633.
[16]张如霞.赋能教育联合癌痛护理干预对肿瘤患者服药依从性、癌痛及生活质量的影响[J].黑龙江医药，2022，35（5）：1237-1240.
[17] 黄利宁，王兵.回馈教学模式对肿瘤癌痛患者口服止痛药依从性的影响[J].中国病案，2020，21（6）：73－76.
[18] 杜碧丽，孟歌，董翠丽. 以行为转变理论为指导的健康教育对癌症 患者疼痛强度服药依从性及生活质量的影响[J].国际护理学杂志，2021，40（2）：255-259.
[19] 谢靳希，邓艳萍，史录文. 美国阿片类药物滥用危机与中国镇痛药使用与监管[J].中国药物滥用防治杂志，2020，26(4)：192-197.
[20]刘娟，徐静，何燕燕，等.延续性护理对居家癌痛患者服药依从性及疼痛自我效能的影响 [J].中西医结合护理(中英文),2018,4(7)：15-18.
[21]曹爽.延续性护理干预对重度癌痛患者服药依从性及镇痛效果的影响[J].中国医药指南，2020，18(25):148-152.

[22]吴喻，吉冬丽，许蓉芳，等．三元联动延续疼痛干预模式对肿瘤病人出院后癌痛的影响[J].全科护理,2021,19(30）:4247-4250.